

APERÇUS DIVERS

N° 35.

SUR

LA MÉDECINE, LA CHIRURGIE, L'ANATOMIE ET LES ACCOUCHEMENS;

THÈSE présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de
Paris, le 1^{er} mars 1826, pour obtenir le grade de Docteur
en médecine,

PAR C. FOULHIOUX, de Lyon,
Département du Rhône;

Ancien Élève interne de première classe des hôpitaux civils de Paris,
de celui de Lyon, et de la première classe de l'École pratique.

*Præcipuum medicinae faciendæ defectum non in eo quòd
nesciamus quo pacto huic aut illi intentioni satisfacere debea-
mus, sed quòd non satis sciamus quænam sit illa intentio,
cui satisfaciendum est.*

SYDENHAM, t. 1, in-4°, p. 340.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MESSIEURS

LANDRÉ-BEAUVAIS, Docten.

ALIBERT.

BERTIN.

BOUGON.

BOYER.

CAYOL.

CLARION.

CRUVEILHIER.

DENEUX.

DÉSORMEAUX, *Examineur.*

DUMÉRIL, *Examineur.*

DUPUYTREN, *Examineur.*

MESSIEURS

FIZEAU.

FOUQUIER.

GUILBERT.

LAENNEC, *Président.*

MARJOLIN.

ORFILA.

PELLETAN FILS.

RÉCAMIER.

RICHERAND.

ROUX, *Suppléant.*

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.

DE JUSSIEU.

DES GENETTES.

DEYEUX.

DUBOIS.

LALLEMENT.

LEROUX.

MOREAU.

PELLETAN.

PINEL.

VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

ADELON.

ARVERS.

BRESCHET.

CAPURON, *Suppléant.*

CHOMEL.

CLOQUET AÎNÉ.

COUTANCEAU.

DE LENS.

GAULTIER DE CLAUDRY.

GÉRARDIN.

GUERSENT.

JADILOUX.

KERGARADEC, *Examineur.*

MAISONNABE, *Examineur.*

MOREAU.

MURAT.

PARENT DU CHATELET.

PAYET DE COURTEILLE.

RATHEAU.

RICHARD.

RULLIER.

SÉGALAS.

SERRES.

THÉVENOT.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MON PARENT MATERNEL,

M.^R L. PETIT-RADEL,

De l'Institut royal de France.

A M.^R LUSTERBOURG,

Ancien Médecin titulaire de l'hôtel-Dieu de Lyon ;

A M.^R RICHARD, DE NANCY,

Chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon.

DD

C. FOULHIOUX.

A MON PÈRE.

MON PARENT NATUREL.

M. L. PETIT-RADET.

De l'Institut royal de France.

M. LUSTERBOURG.

Ancien Médecin titulaire de l'hôtel-Dieu de Lyon.

M. RICHARD DE NANCY.

Chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon.

DD

C. FOULHOUX

APERCUS DIVERS

SUR

LA MÉDECINE, LA CHIRURGIE,

L'ANATOMIE ET LES ACCOUCHEMENS.

I.

Localisation des affections pulmonaires. 1.^o L'EXPLORATION attentive de la poitrine au moyen du stéthoscope et de la percussion m'avait fait présumer que la pneumonie se bornait quelquefois à une partie circonscrite de l'un ou de l'autre poumon. Plusieurs autopsies m'ont convaincu qu'alors la maladie pouvait se renfermer dans les limites d'un des compartimens séparés par les scissures pulmonaires (1). En préparant, en 1821, à l'école pratique, des poumons pour la Faculté, je rencontrai le lobe inférieur d'un poumon droit com-

(1) On trouve dans M. Laennec les passages suivans : « Dans tous les cas où j'ai rencontré des foyers purulens, la péripleurésie n'occupait qu'une partie d'un seul poumon. . . . Une pneumonie partielle cède ordinairement aux efforts de la nature et de l'art, et une péripleurésie très-étendue emporte le malade avant que l'infiltration purulente soit assez avancée pour que le pus ait détruit le tissu qui le renferme, et formé des foyers. » (Auscult. méd., t. 1, p. 165.)

plètement hépatisé. La scissure qui séparait ce lobe du moyen et du supérieur avait disparu par suite de l'adhérence des deux lames correspondantes de la plèvre qui tapissait la scissure. Le lobe moyen participait un peu à l'altération; mais le lobe supérieur en était complètement exempt.

En faisant l'examen d'un individu qui avait succombé à une affection cérébrale, j'ai rencontré les traces d'une ancienne pneumonie qui n'avait envahi que le lobe moyen. Les scissures par lesquelles ce lobe est borné avaient disparu par les adhérences de la plèvre interlobaire.

L'autopsie d'une pneumonie chronique qui avait succédé à une pneumonie aiguë m'a fait voir à l'hôpital Saint-Louis (ann. 1822, service de M. *Lugol*) une hépatisation circonscrite par les limites du lobe supérieur du poumon gauche. Un foyer purulent existait au milieu de ce lobe; mais on ne distinguait aucune production tuberculeuse. Ce genre de localisation, très-fréquent dans les phthisies tuberculeuses, ne saurait avoir lieu dans les pneumonies qu'autant que l'inflammation est peu intense.

2.^o Il existe une variété d'empyème circonscrit signalée d'abord par *Bayle*, plus tard par M. *Laennec*, et que j'ai observée à la clinique interne de l'Hôtel-Dieu en 1820. Un foyer purulent existait entre deux lobes (le moyen et l'inférieur) du poumon droit. La portion de plèvre qui tapissait la scissure formait les parois de ce foyer, circonscrit par les adhérences mutuelles des bords de la scissure. Des empyèmes de ce genre ont sans doute été pris quelquefois pour des vomiques.

3.^o Je crois pouvoir avancer que, si la douleur pleurétique se manifeste principalement sous le sein droit, c'est que la pleurésie est plus étendue au niveau de cette région, vu les replis de la membrane qui tapisse les scissures. Quelquefois la douleur se prolonge en haut et en arrière, en suivant la longue scissure. J'ai présenté d'autres considérations à cet égard dans la Bibliothèque médicale (juin 1824.)

Aberration de sensibilité dans les maladies. C'est surtout dans les affections des viscères où se répandent exclusivement les filets du nerf vague et du grand sympathique que la perception est souvent nulle, confuse ou fausse. Ainsi voit-on les phthisiques rapporter leurs douleurs entre les deux épaules, quoique le mal ne corresponde pas à cette région. La difficulté de percevoir distinctement les impressions viscérales est la cause de l'obscurité qui a régné sur le diagnostic des maladies du cœur avant le célèbre auteur de l'Auscultation médiate; elle est la cause de l'incertitude du siège du mal dans l'iléus. Dans un cas d'étranglement interne, dont j'ai fait insérer l'observation dans la Bibliothèque médicale (ann. 1824), le malade n'accusait aucune douleur dans l'abdomen. Aussi ne peut-on se décider alors pour la gastrotomie. Étant de garde à l'Hôtel-Dieu de Paris en qualité d'interne, j'eus à donner mes soins à un homme affecté d'une plaie pénétrante de l'abdomen avec issue des intestins. Les tentatives de réduction provoquaient des douleurs assez vives pour que l'individu ne pût se rendre compte du siège précis de ces douleurs. L'intestin était enflammé et étranglé. Quand on abandonnait les tentatives de réduction, le blessé éprouvait un sentiment des plus pénibles à l'épigastre; mais il ne souffrait pas dans le lieu où les intestins étaient comprimés et phlogosés. Dans son Anatomie médicale, M. Portal a remarqué que les individus affectés de maladies du foie ou de la rate rapportaient souvent leurs douleurs à un point différent de celui où se trouvait l'organe compromis.

Dans les maladies appelées *fièvres adynamiques* par les uns, *gastro-entérites* ou *fièvres catarrhales graves* par les autres, lorsque la complication ordinaire, l'affection cérébrale, n'est pas encore parvenue à ce degré où elle annule le sentiment, le malade accuse une épigastralgie plus ou moins intense, qui paraît exister à l'exclusion de toute autre douleur abdominale; et cependant, ainsi que je m'en

suis assuré un grand nombre de fois dans les autopsies, l'inflammation n'affecte que la fin de l'iléon; très-rarement elle envahit la muqueuse stomacale, et encore souvent pourrait-elle alors être contestée. Ces différens faits établissent, ce me semble, que le malade est souvent dans l'impossibilité d'analyser exactement ses impressions intérieures.

III.

Modifications chirurgicales. — 1.^o *Laryngotomie.* Lorsque l'obstacle au passage de l'air est un corps étranger placé entre les lèvres de la glotte, si la laryngotomie, modifiée par *Desault*, paraît devoir être pratiquée, je pense qu'il conviendra mieux de fendre verticalement le cartilage thyroïde sur un côté de la ligne médiane, et assez loin de cette dernière pour éviter de compromettre les lèvres de la glotte. Cette première incision du larynx permettra d'écarter un segment du cartilage thyroïde, de telle sorte qu'on pourra ensuite faire une seconde incision dans l'intervalle des cordes du larynx, et parallèlement à ces dernières. On se sera ainsi ménagé toutes sortes de facilités pour extraire le corps étranger, et l'on n'aura pas à redouter l'aphonie qui peut résulter de l'emploi du procédé de *Desault*.

2.^o *Pneumothorax traumatique.* L'opération proposée par *Sabatier* pour remédier à cet accident ne convient que dans les cas, où la suffocation étant imminente, l'air épanché dans la plèvre paraît provenir de la plaie du poumon. Si, au contraire, le pneumothorax résulte de l'accès de l'air par la plaie extérieure, il faut recourir à la suture de cette plaie. J'ai vu ce dernier procédé mis en usage avec le plus grand succès par *M. Janson*, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Lyon.

3.^o *Fistule lacrymale.* Lorsque le canal nasal est oblitéré par suite du rapprochement de ses parois osseuses, ou seulement de la disparition de sa cavité membraneuse, lorsqu'en un mot la méthode de *Hunter* est préférable, on ne doit pas oublier que la portion osseuse

à perforer au moyen de l'emporte-pièce est formée en partie par l'unguis , en partie par l'apophyse montante de l'os maxillaire , et plus encore par cette dernière. Ainsi , si l'on faisait agir l'emporte-pièce plutôt sur la partie antérieure que sur la partie postérieure de la paroi interne du sac lacrymal , on s'exposerait à rencontrer des difficultés qu'on éviterait en se conduisant d'une manière opposée.

4.^o *Fongus de l'épiploon.* Les symptômes de l'étranglement des hernies dépendent de la pression à laquelle sont soumis les nerfs ganglionnaires. C'est ce que prouve l'apparition de ces symptômes , lorsqu'une portion de l'épiploon se trouve comprimée par l'ouverture qui lui a livré passage. C'est ce que prouve encore mieux l'observation faite par M. *Marjolin* , que la ligature des artères épiploïques isolées cause les mêmes accidens. Or , on sait que les artères abdominales sont entourées jusque dans leurs ramifications par une sorte de membrane nerveuse formée par les filets du grand sympathique. D'après cela , je serais conduit à penser que la ligature des fongus qui s'élèvent quelquefois de l'épiploon après la gangrène et la séparation de la tumeur qu'il formait dans une hernie ne causerait pas les accidens de l'étranglement , parce que la ligature ne porterait que sur un développement capillaire et cellulaire.

5.^o *Ligature de l'iliaque externe.* Mon ancien maître , M. *Bouchet* , est un des premiers chirurgiens français qui aient pratiqué cette opération , susceptible , suivant moi , des modifications suivantes. L'incision des parois devra commencer à un pouce de l'épine iliaque antérieure et supérieure , sur le trajet d'une ligne qui , de cette éminence , se porterait à l'ombilic. Cette incision devra se terminer un peu en dehors du milieu de l'arcade crurale , pour éviter l'artère épigastrique. Après avoir terminé la division des muscles abdominaux , on pratiquera à la partie inférieure du fascia transversalis une légère ouverture , qu'on agrandira parallèlement à l'arcade au moyen du bistouri conduit sur une sonde cannelée.

Anatomie comparée des ganglions thoraciques. Dans les oiseaux, les ganglions thoraciques s'identifient avec les ganglions intervertébraux, de sorte qu'on observe une série de ganglions uniques, visibles antérieurement dans la poitrine, visibles postérieurement dans le canal vertébral. J'ai montré à MM. *Geoffroy Saint-Hilaire* et *Magendie* cette disposition, qui n'avait pas encore été signalée. D'après la loi de M. *Geoffroy Saint-Hilaire* sur l'unité de composition, on pouvait penser que dans l'homme, où l'on rencontre des ganglions doubles au lieu de ces ganglions uniques, il existait des rudimens de l'identification des oiseaux. Ces rudimens se remarquent en effet, surtout chez le fœtus, et consistent dans des filets de communication entre les ganglions thoraciques et les ganglions intervertébraux. Parmi les mammifères, les rongeurs manquent de ganglions thoraciques, à la place desquels existe, de l'un et de l'autre côté de la colonne vertébrale, un cordon longitudinal d'où partent des rameaux qui se rendent aux ganglions intervertébraux. Dans les digitigrades, ces rameaux se terminent quelquefois en partie aux nerfs intercostaux, en partie aux ganglions intervertébraux. Ainsi, identification dans les oiseaux, rudimens de cette identification dans l'homme, tandis que dans les mammifères les ganglions vertébraux suppléent à l'absence des ganglions thoraciques du grand sympathique. D'après cela, il est facile de voir que dans l'homme et les oiseaux les nerfs grands splanchniques proviennent à la fois des ganglions intervertébraux et des ganglions thoraciques; que dans les mammifères les nerfs grands splanchniques naissent des ganglions intervertébraux seulement; enfin que ces deux espèces de ganglions doivent être rapportées au même système, et que la racine postérieure des nerfs rachidiens sert à établir les connexions physiologiques de la moelle épinière et du grand sympathique. Si cette disposition ne s'observe que dans la poitrine, c'est parce que les nerfs grands splanchniques y ont leurs racines, et que

c'est par le moyen de ces nerfs que s'exerce principalement l'influence du système nerveux cérébro-cérébral sur le système nerveux ganglionnaire. Les nerfs grands splanchniques aboutissent en effet aux ganglions semi-lunaires, dont tous les plexus nerveux abdominaux émanent en dernière analyse. Du reste, j'ai exposé en partie le résultat de mes recherches à cet égard dans un mémoire lu à l'Institut, dans la Bibliothèque médicale (ann. 1824), dans le Journal universel des sciences médicales (déc. 1824).

V.

Loi relative à la disposition générale et respective des vaisseaux et des nerfs. Les lois de la nature sont les règles suivant lesquelles les corps agissent les uns sur les autres, ou sont disposés les uns à l'égard des autres. On peut considérer comme exprimant une loi de cette dernière espèce l'énoncé suivant, qui s'applique à la disposition respective des artères et des nerfs : *Dans les régions situées au-dessus du diaphragme, le nerf satellite d'une artère est plus éloigné que celle-ci de l'axe de l'une ou l'autre de ces régions, une disposition inverse existe pour les régions situées au-dessous du diaphragme.* J'ai en partie développé cet énoncé, 1.^o dans un examen du nouveau Dictionnaire de médecine (Biblioth. médic., ann. 1823); 2.^o dans un mémoire lu à l'Institut; 3.^o dans la Revue médicale (1825).

VI.

Accouchemens. 1.^o L'examen comparatif de huit têtes de fœtus appartenant au muséum de la faculté m'a porté à conclure, 1.^o que quand la tête présente le vertex, ce qui a lieu le plus ordinairement, la connaissance de l'étendue de la suture sagittale pouvait permettre d'évaluer le diamètre bipariétal, celui de tous le plus important à connaître et le moins susceptible de varier, soit sous l'influence de la pression exercée par le forceps, soit sous l'influence de la

pression exercée par le bassin. Pour parvenir à cette connaissance indirecte de l'étendue du diamètre bipariétal, il suffit d'augmenter de six lignes la longueur qu'on a reconnue à la suture sagittale. L'erreur ne peut être que d'une ligne ou deux, et l'on sait que le diamètre pariétal peut subir une réduction de deux, trois, quatre lignes au plus, comme l'ont prouvé les expériences de *Beaudelocque* et de *M. Flamant*.

L'étude des proportions respectives des diverses régions de la tête du fœtus m'a aussi permis d'arriver indirectement à la détermination du diamètre bipariétal quand le fœtus présente la face ou l'occiput. J'ai enfin indiqué le compas d'épaisseur qui me paraissait devoir convenir pour ces diverses évaluations. (Extrait d'un mémoire que j'ai fait insérer dans la *Revue médicale*, août 1825.)

2.° *Emploi du forceps au lieu du tire-tête.* On ne conçoit pas que le tire-tête ait pu réussir quelquefois, surtout après la céphalotomie pour un hydrocéphale, la cavité vidée permettant facilement à l'instrument évulsif de s'en échapper, vu la flexibilité des os à cette époque. Il conviendrait bien mieux, ce me semble, d'employer alors le forceps. C'est, je crois, le seul cas où l'on puisse espérer une réduction efficace de la tête du fœtus par cet instrument.

3.° Pour éviter la lésion de l'urètre dans la symphysiotomie, ne pourrait-on pas se servir d'une sonde cannelée courbe et d'un bistouri analogue : la première serait engagée entre l'urètre et la partie inférieure de la symphyse pubienne.

ἸΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ἈΦΟΡΙΣΜΟΙ.

Α.

Τὸ φθινόπωρον τοῖσι φθίνουσι, κακόν. (Τμῆμα τρίτον, ἀφορ. ι΄.)

Β΄.

Δύο πόνων ἅμα γινόμενων, μὴ κατὰ τὸν αὐτὸν τόπον, ὁ σφοδρότερος ἀμαυροῖ τὸν ἕτερον. (Τμῆμα δεύτερον, ἀφορ. μς΄.)

Γ.

Γυναικὶ αἷμα ἐμεΐσῃ, τῶν καλαμνίων ραγέντων, λύσις. (Τμῆμα πέμπτον, ἀφορ. λδ΄.)

Δ΄.

Εὐτὶ αἷμαλος πύσει, πύξις πύσις. (Τμῆμα ἕβδομον, ἀφορ. ιε΄.)

Ε΄.

Τὰ νεφρίλικα, καὶ ὀκίσσα κατὰ τὴν κύσιν, ἐργαδῶς υἱιάζεται τοῖσι πρεσβύτησι. (Τμῆμα ἕκτον, ἀφορ. ς΄.)

Ϛ.

Ὑπὸ φθίσεως ἐχομένῳ, διάρροια ἐπιγενομένη, θανατώδες. (Τμῆμα πέμπτον, ἀφορ. ιδ΄.)

ΠΡΟΚΑΤΟΧΗ ΑΠΟΡΙΣΜΟΥ

Το δικαστήριο τούτο (αποφασίζοντας) (Τμήμα Α' σελ. 1)

Β.

ΤΕΛΟΣ

Διότι τούτοις και (αποφασίζοντας) (Τμήμα Α' σελ. 1) (Τμήμα Α' σελ. 1)

Το δικαστήριο τούτο (αποφασίζοντας) (Τμήμα Α' σελ. 1) (Τμήμα Α' σελ. 1)

Το δικαστήριο τούτο (αποφασίζοντας) (Τμήμα Α' σελ. 1) (Τμήμα Α' σελ. 1)

Α ΠΑΡΙΣ

DE L'IMPRIMERIE DE L'ÉTAT

1810